Uw visie?
Onze visie?

Ontmoetingsnamiddag
tussen het VAD-preventiewerk
en de specifieke hulpverlening alkohol en drugs

Meer dan louter informatief
willen we een aantal concrete werkpunten bespreken
om een optimale samenwerking
tussen preventiewerk en hulpverlening
te realiseren.

▪

VERSLAGBOEK
ONTMOETINGSNAMIDDAG
27 APRIL 1993

▪

Preventie

Van Dale vermeldt :
(<Lat.), v. (s), het voorkomen, verhoeden:
het handhaven van het gezag bepaalt de maat
waarin het strafrecht generale preventie mag zijn;
- generale, speciale preventie.

Uw visie?
Onze visie?

Ontmoetingsnamiddag
tussen het VAD-preventiewerk
en de specifieke hulpverlening alkohol en drugs

Meer dan louter informatief
willen we een aantal concrete werkpunten bespreken
om een optimale samenwerking
tussen preventiewerk en hulpverlening
te realiseren.

▪

VERSLAGBOEK
ONTMOETINGSNAMIDDAG
27 APRIL 1993

▪

Preventie

Van Dale vermeldt :
(<Lat.), v. (s), het voorkomen, verhoeden:
het handhaven van het gezag bepaalt de maat
waarin het strafrecht generale preventie mag zijn;
- generale, speciale preventie.

INHOUD

VERSLAGBOEK ONTMOETINGSNAMIDDAG 27APRIL

Om iedereen nog eens een mooi overzicht te geven van wat er die namiddag allemaal besproken werd, geeft VAD dit korte, maar toch interessante verslagboek uit.

Wat vind je nu hierin terug ?

1. De 5 verschillende **uiteenzettingen** van :
- **Mia De Bock** (Primavera, preventiewerker regio Brussel, Halle-Vilvoorde)
- **Agnes De Decker** (Terapiecentrum, preventiewerker regio St.-Niklaas)
- **Marie-Claire Lambrechts** (VAD, project Alcohol & Arbeid, Brussel)
- **Mark Tack** (CAT, preventiewerker regio Gent)
- **Marijs Geirnaert** (Coördinatie V.A.D.- preventiewerk)

2. De leuke **intermezzo's** van Tomas van Reybrouck (VAD, drugpreventieproject i.s.m. de Comités Bijzondere Jeugdzorg) en Hilde De Man (VAD, project Drugbeleid op school).

3. De **verslagen** van de 2 **discussiegroepen** onder leiding van Roos de Venter (verslaggeving : Veerle de Leener) en Peter Aertsen (verslaggeving : Selm Nelissen).

...en misschien wel verborgen agenda's....

Ondanks de hitte, het lawaai en de audio-visuele storingen (gelukkig was er koffie met koekjes) vonden de meeste aanwezigen (28) dit initiatief het herhalen waard.
Toch nog even melden dat vanuit de organisatoren (VAD en de preventiewerkers) nog meer mensen vanuit de hulpverlening verwacht werden. Tenslotte was er vanuit hen de vraag gekomen voor deze studiedag...
Volgende keer misschien ?



CARTOON

Tomas Van Reybrouck, VAD
Project Comité Bijzondere Jeugdzorg



EEN EERSTE AANKONDIGING...

Marijs Geirnaert
Coördinatiepreventiewerk

Steeds meer hoor je preventie als **'toverwoord'** in de debatten voor een efficiënter drugbeleid.
En toch valt het op dat preventiewerkers nauwelijks in deze debatten worden betrokken. Het beleid 'dropt' een aantal nieuwe initiatieven en preventiewerkers die in het veld moeten gaan werken. Maar het is lang niet duidelijk wat zij precies moeten gaan doen.

Ook bij de hulpverleners valt preventie meermaals als oplossing van drugproblemen. Wanneer ze dit echter konkreter moeten maken komt niemand echter veel verder dan de invulling: voorlichting geven binnen het onderwijs.

Er heerst ook onduidelijkheid over wat de preventiewerkers wel of niet doen, op welke initiatieven ze weigeren in te gaan en waarom. Zo worden vragen naar een gastspreker vanuit de hulpverleners doorverwezen naar de preventiewerkers, en na een tijdje komt de vraag bij de hulpverlener terug, want de preventiewerker wou er niet op ingaan.

Vanuit deze probleemstelling wil het VAD-preventiewerk een ontmoetingsnamiddag organiseren waarin we het preventiewerk en vooral onze werkwijze willen voorstellen.

** wat is preventie, wat is de invulling van het 'toverwoord' door verschillende partners en hoe vullen wij dit zelf in.*

** op welke terreinen werken we, in welke sectoren (m.a.w.: hoe ruim is een globale preventiestrategie)*

** de structuur van het preventiewerk: wie zijn onze 'bazen', wie bepaalt wat wij doen (met 2 ministers, Richtnota, Stuurgroep, CGG, VAD)*

** de werkload en onze prioriteiten*

** de werkwijze: via intermediairen. Dit bepaalt concrete doelstellingen, methodieken, enz.*

Een uitnodiging met het concrete verloop van deze namiddag en gegevens over de plaats van het gebeuren volgt. Mogen we u vragen nu reeds deze datum in uw agenda te noteren?

HET UITEINDELIJKE PROGRAMMA

P r o g r a m m a :

- 13.30 u.- 13.40 u.: **verwelkoming met koffie**

- 13.40 - 15.10u.: **concrete projecten ter illustratie van de werkwijze van het preventiewerk :**

  13.40 - 14.05: **drugbeleid op school**
  Mia De Bock: preventiewerker
  Brussel-Halle-Vilvoorde
  Agnes De Decker: preventiewerker St-Niklaas

  14.05 - 14.10: **intermezzo**

  14.10 - 14.35: **alcohol en werk**
  Marie-Claire Lambrechts: coördinator sector arbeid

  14.35 - 14.40: **intermezzo**

  14.40 - 15.05: **drink wijs en lokaal overleg**
  Mark Tack, preventiewerker Gent

  15.05 - 15.10: **intermezzo**

- 15.10 - 15.25: **visie op preventie: theorie en praktijk**
  Marijs Geirnaert, coördinator preventiewerk

- 15.25 - 15.45: **koffie**

- 15.45 - 16.30: **discussiegroepen samenwerkingsmogelijkheden preventiewerk-hulpverlening**
  preventieteam

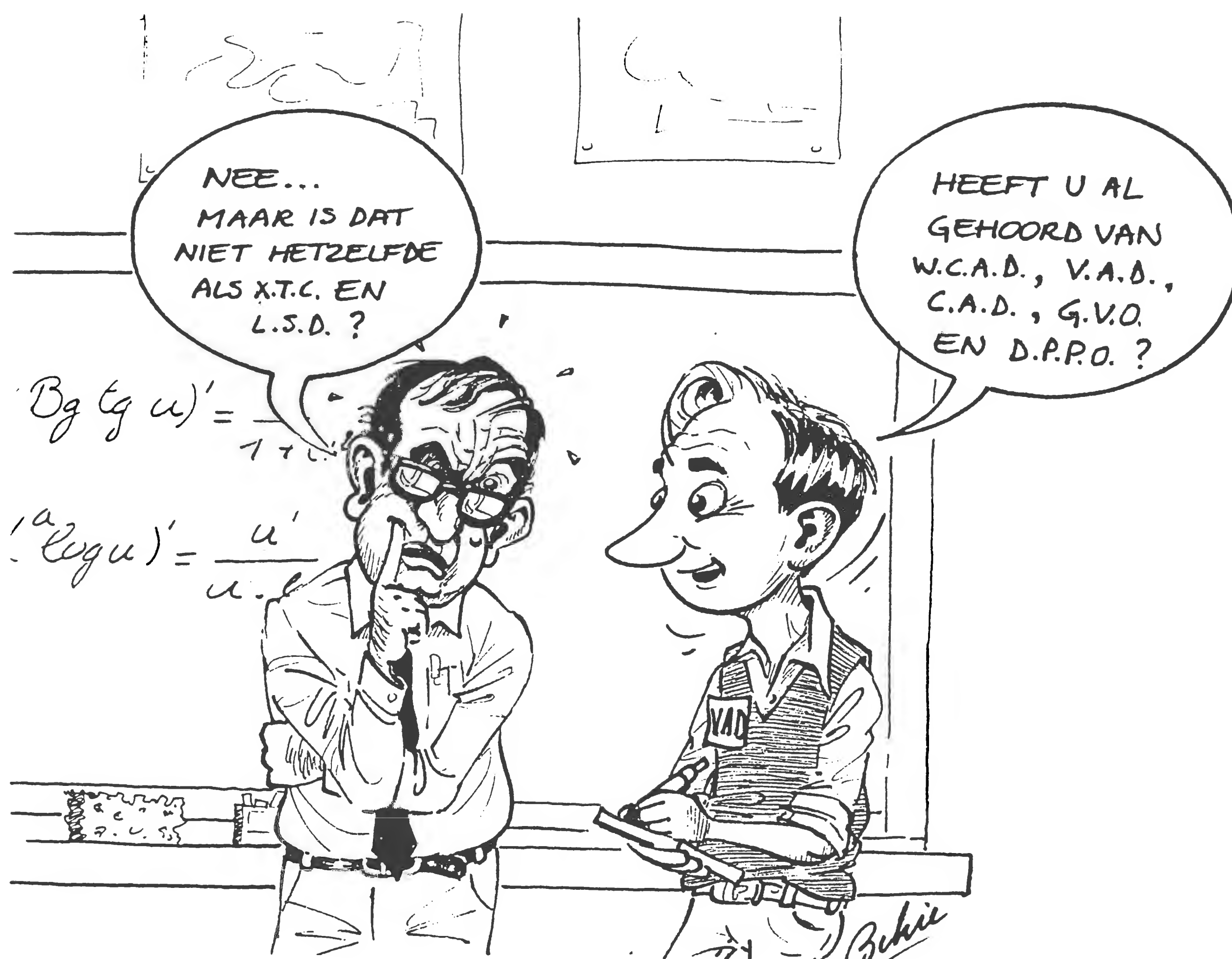
DE VERWELKOMING...

Marijs Geirnaert
Coördinatie preventiewerk

Het preventiewerk stelt zich voor aan de hulpverlening. Misschien is daar wel een woordje uitleg bij nodig. Iets meer dan 5 jaar is het preventiewerk alcohol en drugs gestart met 10 preventiewerkers in CGG en 2 coördinatoren op VAD. We hebben in die 5 jaar niet erg veel in de belangstelling gestaan - het was een bewuste keuze om het accent te leggen op de lokale werking.
Maar de media-aandacht voor de drugproblematiek en de populariteit van preventie binnen deze probleemstelling hebben ons ertoe aangezet iets van ons te laten horen: in eerste instantie dicht bij huis; bij de hulpverlening alcohol en drugs. En dit om te vertellen waarmee we bezig zijn, hoe wij preventie invullen, op welke terreinen we werken en hoe we dat concreet doen.
Omdat we er kippevel van krijgen wanneer we horen dat preventie gelijk is aan voorlichting geven in het onderwijs, omdat we niet gelukkig zijn met de honderden vragen naar een spreker voor een informatie-avond en omdat we steeds meer te horen krijgen : wat doen jullie dan wel ?

Om de preventie in het onderwijs wat open te trekken brengen we eerst een korte bijdrage over een drugbeleid op school.
Daarna wordt de beleidsmatige aanpak in bedrijven voorgesteld en tenslotte illustreren we de lokale aanpak aan de hand van de Drink-Wijs!-actie.
Elk stukje wordt onderbroken door een luchtig intermezzo.
Nadien worden de grote lijnen van onze visie nog even samengevat.
Na de koffie gaan we in 3 discussiegroepen van gedachten wisselen over mogelijke samenwerking tussen u als hulpverleners en ons.
Ik hoop dat dit een boeiende discussie oplevert en dat het niet bij deze eenmalige ontmoeting zal blijven.

CARTOON


HEEFT U AL GEHOORD VAN W.C.A.D., V.A.D., C.A.D., G.V.O. EN D.P.P.O. ?
NEE... MAAR IS DAT NIET HETZELFDE ALS X.T.C. EN L.S.D. ?
VAD

EEN DRUGBELEID OP SCHOOL

Uiteenzetting door Agnes De Decker,
Preventiewerker St.-Niklaas
& Mia De Bock,
Preventiewerker Brussel, Halle-Vilvoorde

Een **theoretische benadering** van de titel...

▪ Eerst valt het woord **beleid** op.

Deze term omvat o.a. :

- een duidelijke planning
- korte en lange termijnsdoelstellingen
- strategiebepaling
- maatregelen, eenduidige richtlijnen
- concrete afspraken, taakomschrijvingen
- continue opvolging

▪ Ook de term **drugs** staat erin.
Meestal gaan de gedachten bij dit woord automatisch uit naar illegale produkten zoals heroïne, cocaïne, XTC, hasj...
Dat er ook middelen zoals alcohol en medicatie onder verstaan worden, lijkt meer vanzelfsprekend, tot wanneer men naar de praktijk overstapt.
Dan merkt men dat die illegale middelen een heel grote sensatiewaarde hebben en die andere zijn ons zo vertrouwd dat we de indruk krijgen er controle over te hebben, zodanig dat men ze min of meer uit het oog verliest.

▪ Tenslotte gaat het om een drugbeleid op **school**.
Het is alleszins de plaats waar iedereen aan denkt om aan preventie te doen, want ten 1e is het daar zeer eenvoudig om een grote groep jongeren in een georganiseerde context aan te treffen en ten 2e past die term preventie toch perfect in het opvoedings- en opgroeiingsproces van onze jongeren. Jammer genoeg krijgt de sector onderwijs van sommige veldwerkers de exclusiviteit om hun preventiestrategieën toe te passen.
De media hebben de laatste jaren ook frequent de schijnwerper gezet op "druggebruik in de scholen" zodat de publieke opinie misschien van mening is dat het op school al even erg is als in de veelbesproken dancings.
Positieve kant van deze media-aandacht: het thema is voor een stuk uit de taboe-sfeer gehaald, in tegenstelling tot 5 jaar geleden.

En dan **de dagdagelijkse praktijk** :

Vreemd genoeg stellen we dan vast dat men vanuit de school niet met de vraag naar een concreet **drugbeleid** bij de preventiewerkers komt.

- Men wil eerder de **crisis of probleemsituatie** oplossen via interventie van de preventiewerker.
- een **directe actie** : zoals het invullen van een pedagogische studiedag of het geven van een voordracht 's avonds naar ouders. Men wil directe actie naar leerlingen en/of ouders toe , want de school wil iets doen tegen drugs en daarvoor wil men "drug-experten".

Casus 1

Om de praktijk even te schetsen, illustreren we met een voorbeeld :

Leerling betrapt op het bijhebben van **drugs** ------------- **directie** ------------ **ouders** worden gecontacteerd ------------- **gesprek** met **ouders, leerling en directie** (eindigt met een advies naar de ll. toe) ------------ **Preventiewerker** wordt gecontacteerd met de vraag : wat nu ? ------------- er wordt nog maar eens een **gesprek** gevoerd **met de leerling** ------------ een **tweede gesprek** volgt met de **ouders en de leerling** samen, het **PMS**, de **leerkracht en de directie** ------------- uiteindelijk **resultaat** : de **leerling** zal binnen de school **begeleid worden door de PMS-verantwoordelijke.**

Om die hele **omweg** van :

crisis ------- school ------- preventiewerker -------- school

te vermijden moet er eerst en vooral ONDERHANDELD worden tussen de verschillende interessegroepen, zoals oudercomité, PMS, directie, leerkrachten...

Vanuit die interessegroepen kan er dan, binnen de school, een WERKGROEP ontstaan, zodanig dat er een stap dichter naar een echt drugbeleid kan gezet worden.
Via vormingssessies, discussiegroepen, infobrochures en -folders worden dan de verschillende ideeën bij elkaar gebracht.
Uiteindelijk zou men dan zover moeten kunnen geraken dat men bij een bepaalde crisissituatie concreet en niet in paniek reageert.

Casus 2

Uitgangspunt :

Vraag naar een informatieavond over "Drugs" van een oudercomité van een middelbare school.

Aanpak van de preventiewerker

a. Bevraging naar de achtergrond van deze vraag naar informatie :

- Recentelijk drugproblemen in de regio, d.w.z. de politie signaleert a/d school dat er ook op de school gebruikers zitten.
- Op het ogenblik van de vraag waren de eerste paniekreacties wat geluwd (het was de eerste maal dat men op deze "landelijke" school geconfronteerd werd met druggebruik).
- Men wou "iets doen" voor de ouders : in de school in de buurt had men voor de ouders, leerkrachten en laatstejaars leerlingen een voordrachtsavond over drugs gegeven (massale belangstelling) door de rijkswacht.

b. Voorbereidend gesprek met de leden van het oudercomité.

Vaststelling : er zijn twee strekkingen binnen het oudercomité :

■ Eén groep kiest duidelijk voor de aanpak van de rijkswacht : een voordrachtavond rond produkten; Hoe zien ze eruit ? Hoe kan ik ze herkennen ? Hoe gevaarlijk zijn ze ? (veel belangstelling gegarandeerd).

■ Een tweede groep kiest voor een meer "diepgaandere" aanpak en wil meer dan alleen de produktinformatie :

■ Verduidelijken en motiveren van het aanbod van de preventiewerker : met o.a. de verschilpunten aan te geven tussen de aanpak van de rijkswacht en de aanpak van de preventiewerker.

■ Aanbod van de preventiewerker :

* Vormingsaanbod
* Uitklaren van preventieve rol van ouders : - in het gezin
- in de school

Concrete gevolgen

Concrete gevolgen zijn de organisatie van de drie vormingsavonden waarbij telkens ook de directie van de school aanwezig was. Vanuit de ouders werd de vraag gesteld naar directie : hoe reageert de school op druggebruik ? Op welke manier worden ze aangepakt ? Wat gebeurt er op niveau van de leerlingen aan voorlichting en opvoeding ?

Ondertussen werd er ook gestart met regionaal overleg met de verschillende schooldirecties met als bedoeling tot een alcohol - en drugbeleid te komen voor elke school.

Overwegingen bij alcohol- en drugproblematiek op school

1. Stijgende vraag vanuit de individuele school

▪ Dit wil niet zeggen dat de school recentelijk "preventie-minded" geworden is :
* ze zien "preventie" niet als hun onmiddellijke opdracht
* voelen zich "overvraagd" : elke maatschappelijke problematiek (AIDS, milieu, ...) klopt aan bij de schoolpoort.

▪ Het onderwijs krijgt meer signalen van druggebruik (rijkswacht, ouders, leerkrachten, leerlingen), d.w.z. grotere "zichtbaarheid" van de problematiek.

▪ Verwachtingen directie :
*externe "deskundige" lost het probleem op, en zorgt ervoor dat het probleem niet meer bestaat van de school.

Aanpak van de preventiewerker

a. Verduidelijken van de preventieve rol van de school

■ Geen oplossing voor de maatschappelijke problematiek zoeken, wel een antwoord geven op deze problematiek.

■ Niet alleen een probleem voor de directie maar voor gans de school.

b. Overleg en samenwerking stimuleren

■ Op gang brengen tussen de verschillende betrokkenen van de school : (directie, ouders, PMS/MST, lln,...) : alle betrokkenen moeten het probleem onderkennen.

c. Knelpunten

■ Overleg en samenwerking is dikwijls niet zo'n evidente werkwijze voor de verschillende participanten van de school.

■ Het illegale drugprobleem verruimen naar ander middelengebruik botst vaak op weerstand.

■ Drugproblematiek wordt vaak nog als een geïsoleerde, apart te beoordelen problematiek beschouwd, niet **één** van de **vele** gedragsproblemen waarmee onderwijs geconfronteerd wordt.

2. Preventie op niveau van de leerling

De vraag naar externe "deskundigen" voor informatie/voorlichting over drugs (afschrikking) voor de leerlingen.

Aanpak van de preventiewerker

■ Aanduiden van de verschillende benaderingswijzen inzake drugpreventie op niveau van de leerlingen.

■ Pleidooi voor langetermijnsplanning, integratie in het leerprogramma (naast andere G.V.O.-topics).

■ Preventieve rol accentueren van positief schoolklimaat naast expliciete drugpreventie.

■ Verwijzen naar concrete bestaande onderwijsprogramma's ("De uitdaging", "Leefsleutels")

3. Doorverwijzing

▪ Schoolgezondheidsdiensten (PMS/MST) worden vaker geconfronteerd met druggebruikende jongeren.

a. Gesignaleerde knelpunten :

▪ tijdsgebrek

- onvoldoende opgeleid om deze problematiek aan te pakken

- geen ervaring

- drugproblemen worden te vaak enkel vanuit de "verslavingsproblematiek" bekeken ("abstinentie" is de boodschap)

2. *Knelpunten bij doorverwijzing naar externe diensten :*

- Kinderteams :
  * te weinig kenners van adolescentenproblematiek
  * "Druggebruik", vaak een reden om jongeren door te sturen naar de gespecialiseerde hulpverlening.

- Gespecialiseerde hulpverlening :
  * Te "lichte" problematiek voor de gespecialiseerde verslavingszorg.
  * Adolescenten met druggebruik hebben een andere aanpak nodig dan de "klassieke" drugproblemen waarmee men werkt in de diensten.

GEVOLG : Geen enkele dienst antwoordt op de stijgende vraag vanuit de eerste diensten naar hulp voor druggebruikende adolescenten.

CARTOON


...EN DE IMPLEMENTATIE ZOU DUS GEBEUREN VIA EEN PROCESMATIGE AANPAK MET DE INTERMEDIAIR ALS WERK-RELATIE EN VIA EEN INTERSEKTORIËLE SAMEN WERKING WA.....
GRMBL... VOOR MIJ NOG EEN PINTJE ANDRÉ!
ZEKER, M'NEER DIRECTEUR.
BEDRIJFSBAR
VAD

SITUERING BELEIDSMATIGE AANPAK
gebruik en misbruik van alcohol en andere drugs op het werk

Uiteenzetting door
Marie-Claire Lambrechts
VAD, project Alcohol en Arbeid

0. Schematische voorstelling : vragen vanuit bedrijven

vraag naar hulpverlening(-skader)	*doorverwijzing* *voorstel tot initiatiecontact*
vraag naar informatie (globaal)	*informatie* *voorstel tot initiatiecontact*
vraag naar aanpak (beleid)	*initiatiecontact/opstarten proces*

1. initiatiecontact

- schriftelijk/ter plaatse
- duur : ± 2 uur
- doelstelling : vraag exploreren en (op korte termijn) de motiveringsfase opstarten

2. motiveringsfase

start na het eerste contact met volgende doelstellingen :

- sensibilisatie en 'groeperen ' van geïnteresseerden op verschillende niveaus
- inventarisatie uitgangspunten op dat moment
- bewustwordingsproces en mentaliteitsverandering op gang brengen
- het fiat krijgen van het management

✓ noot : geen standpunten en of concrete actiepunten

3. beleidsgroep

- samenstelling

De verschillende disciplines betrokken bij de veiligheid, gezondheid en welzijn op het werk vormen een beleidsgroep (zgn. 'sleutelfiguren'). Mogelijke formules van de beleidsgroep : ad hoc samengesteld, binnen het Comité VGV, in het kader van andere bestaande overlegstructuren.
Afhankelijk van de grootte en de aard van de onderneming kan deze beleidsgroep **samengesteld** worden met personen van :

□de directie;
□de personeelsdienst;
□de bedrijfsmaatschappelijke dienst;
□de bedrijfsgeneeskundige dienst;
□de leidinggevenden van diverse afdelingen, op verschillende niveaus;
□de werknemersafgevaardigden;
□de veiligheidsdienst;
□de juridische dienst;
□de vormingsdienst;
□ paritaire overlegorganen : ondernemingsraad en Comité VGV;
□een externe deskundige;
□andere

- doelstelling

□ de beleidsgroep heeft een **collectieve** opdracht en houdt zich **niet** bezig met **gevalsbespreking**;
□ uitwerken van een actieplan/beleid ['nieuw' of implementatie], specifiek voor het bedrijf, met omschrijving van de verschillende doelgroepen, de beschikbare financiële middelen, de concrete acties en de timing;
□ een voortdurende **systematische rapportering** naar het management : het is belangrijk dat het gegeven fiat kan verzekerd blijven;

▪ verschillende stappen

a. Onderzoeksfase

De aard en omvang van het alcoholgebruik en -misbruik in concreet bedrijf, de beschikbaarheid en de visie en de bereidheid tot investering van het bedrijf wordt nagegaan [beoogt dus eerder een **sensibiliserend effect dan wel na te gaan hoeveel 'alcoholisten' er nu wel zijn -** daarvoor is trouwens geen peiling meer nodig -!]. Dit kan door middel van een hearing, een enquête of interessepeiling, eigen indrukken, ...
Mogelijke doelgroep : management, leidinggevenden, medico-sociale dienst, ...
De resultaten van dit onderzoek zullen als **basis** dienen **voor de concrete uitwerking van het (alcohol en ander drug-)beleid.**

Een **toelichting** over de opzet en de doelstellingen van het te voeren beleid bij het afnemen van deze enquête is aangewezen.
Het rapport over dit onderzoek **(nota 1)** geeft een probleemomschrijving en een overzicht van de risicofactoren binnen het bedrijf, waarop het beleid zal worden op afgestemd.

b. Bepalen van visie en doelstellingen (intentieverklaring) (nota 2)

Er wordt nagegaan wat het uitgangspunt van de actie/beleid is en vanuit welke visie die gevoerd wordt.
Een **consensus dient bereikt m.b.t. :**

□ het interveniëren van het bedrijf beperkt tot de effecten van het alcohol- (en ander drug)gebruik op het functioneren tijdens het werk;
□ de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de veiligheid en gezondheid van de werknemers;
□ het bespreekbaar maken van de problematiek in het bedrijf;
□ het voorlichten van en de bekendheid vergroten m.b.t. deze problematiek bij het personeel;
□ de haalbaarheid van een beleid in het bedrijf;
□ het opstellen van een gedragscode/ondersteunende reglementering inzake de beschikbaarheid van alcohol en andere drugs op het werk, de procedure bij acuut en chronisch misbruik en het bepalen van mogelijke disciplinaire maatregelen m.b.t. intern gebruik en misbruik;
□ het hulpverleningskader, met zoveel mogelijk waarborgen voor de privacy van de betrokkene.

c. Planningsfase

De planningsfase houdt in dat een **actieplan** opgesteld, een **strategie** ontworpen, de **timing** vastgesteld (rekening houdend met het feit dat het gaat om een meerjaren-plan, dat niet éénmalig is en nooit eindigt) en een **budgetraming** gemaakt wordt. Ook moet beslist worden naar welke **doelgroepen** gewerkt wordt (bijvoorbeeld : 1° doelgroep : de arbeidsgeneeskundige dienst, de veiligheidsdienst, de personeels-dienst, de sociale dienst; 2° doelgroep : de directie, het management, de directe chefs; 3° doelgroep : alle werknemers).

d. Uitvoeringsfase

d1. het hulpverleningskader

De interne en externe verwijskanalen en de afsprakenstructuur worden vastgelegd en bekend gemaakt.
Eveneens moet bepaald worden wie kan **signaleren, doorverwijzen en diagnostiseren.**

Wat is de procedure voor doorverwijzing naar (ev.) medico-sociale dienst en van daaruit naar externe hulpverleningsorganisaties (zowel ambulant als residentieel). Hoe en in welke mate gebeurt de terugrapportering vanuit de medico-sociale dienst naar leidinggevenden en wat kan/mag de inhoud hiervan zijn.

d2. voorlichting en vorming

Vorming van de leidinggevenden en interne hulpverleners (medico-sociale dienst): algemene vorming m.b.t. de alcohol- en drugproblematiek, uitleg over hun rol en verantwoordelijkheid in het geheel en informatie over het concrete beleid van het bedrijf.

Voorlichting van alle werknemers, bestaande uit een gecombineerde actie met bijvoorbeeld een affichecampagne, informatiesessies, folders en ander informatiemateriaal en eventueel een alcoholvrije dag of week. Deze voorlichtingsronde naar werknemers gebeurt steeds in een **laatste fase.**

d3. ondersteunende reglementering

* beschikbaarheid

Regels m.b.t. het gebruik en aanbod in het bedrijf moeten bepaald worden. Hiervoor moet gekeken worden naar de bestaande situatie en de haalbaarheid in het bedrijf maatregelen inzake beschikbaarheid worden vrijwel altijd negatief beoordeeld en dienen dus goed overwogen.

* procedure bij acuut en chronisch misbruik

Een beleid zou moeten uitgewerkt worden in het kader van **werkbehoud en preventie**, maar ook de **mogelijke disciplinaire maatregelen** moeten voor alle werknemers op alle niveaus bekend zijn. Daarom kan dit alles gebundeld worden in een **gedragscode** [een veel meer verregaand alternatief is opname in het (individueel) Arbeidsreglement], goedgekeurd in paritair overleg. Het vastleggen van deze reglementering is het resultaat van het voorafgaand onderzoek en de discussies binnen de beleidsgroep tijdens de verschillende opeenvolgende fasen. Tijdens de vorming en voorlichting moet de gedragscode toegelicht worden.
Het ontslagbeleid en de disciplinaire maatregelen sluiten aan bij het aangeboden hulpverleningskader.

e. evaluatie

Na elke fase en na het doorlopen van het hele proces vindt een evaluatie plaats van het uitgevoerde actieplan en het beleid aan de hand van **vooropgestelde evaluatiemethode** door de beleidsgroep, zodat eventuele bijsturing mogelijk is.

CARTOON


GOEDENDAG, IK BEN PREVENTIE-WERKER VOOR ALCOHOL EN DRUGS. WAT DOET U?
IK... SNIRF... WERK OP DE..SNUF.. EERSTE LIJN.

EEN LOKAAL (Gemeentelijk) PREVENTIEBELEID :

Een mogelijkheid tot overleg en samenwerkingsinitiatieven "op maat"

Marc Tack
Preventiewerker
CAT, Gent

Naast de strategische benadering van diverse instituties en maatschappelijke sectoren wordt vanuit het preventiewerk ook doelbewust geopteerd voor het uitbouwen van sector-overscheidende lokale preventiestrategieën.

De optie om op plaatselijk vlak, vanuit lokale behoeften en samen met lokale participanten, op gecoördineerde wijze aan genotmiddelenpreventie te werken, stoelt op de volgende redenen :

■ *Redenen voor de lokale werkoptie*

a. Genotmiddelenproblematiek is mede maatschappelijk bepaald. Door de situationele omgeving is haar verschijningsvorm en benoeming beïnvloed.

Genotsmiddelenproblematiek straalt mede op de omgevingswereld af en beïnvloedt deze alsdusdanig.

Er bestaat dus én een oorzaak- én gevolgrelatie. Er bieden zich dus zowel functionele als motivationele redenen aan tot omgevingsgericht werk.

Op lokaal vlak is de problematiek herkenbaar, zichtbaar en levert hierdoor mogelijks persoonlijk engagement.

Juist interventies die aansluiten bij lokale behoeften richten zich op doelgedrag met grote waarde-ervaring.

Lokale initiatieven verhogen het betrokkenheidsgevoel, ondermeer vanuit eigen kwetsbaarheidsperceptie.

b. Er zijn reële lokale verschillen in de probleemaard en de zichtbaarheid en inschatting ervan.

Zo kan het alcoholthema regionaal worden benaderd vanuit verkeer en veiligheid, of vanuit druk op de woonomgeving vanuit horeca etc.

De regio (gemeente, voorstad, stad) biedt specifieke aangrijpingspunten. Lokale actieplanning laat bovendien betere analyse van de problemen toe en verhoogt alsdusdanig de kans op een hogere efficiëntie van de weerhouden actie of strategie.

c. Versnippering vermijden.

Goodwill garandeert geen efficiëntie.

Vele willen iets doen... en zetten een actie op.
Doelgroepbepaling en doelstelling blijven vaak te vaag of worden al te ambitieus geformuleerd. Ontgoocheling omwille van zoveel niet erkende inzet dreigt...

Preventie vereist inderdaad bereidheid tot actie, overleg, gedragsverandering in de eigen structuren... en dit met voldoende intensiteit en continuïteit.
De nodige motivatie/energie hiervoor ontstaat niet zomaar en blijft niet gevrijwaard.

De participatie van anderen en de coherente initiatieven in andere maatschappelijke sectoren verhoogt de efficacy-perceptie en maakt ook methodisch meer mogelijk.

d. Bij preventieve inspanningen sluiten best ook hulpverlenende inspanningen aan.

De preventieve taak die de hulpverlening bekleedt in de regio, methodiekontwikkeling op de eerste lijn, betere wederzijdse en doelgroepafstemming van bestaande structuren... vormen slechts enkele aspecten die vanuit lokaal overleg kunnen worden geoptimaliseerd.

■ ***Problemen met betrekking tot plaatselijke preventiestrategieën***

Plaatselijk actie-enthousiasme leidt tot ongeteste (doelgroep, methode, doelstelling) actie.
Verborgen beleidsmatige agenda's (bijvoorbeeld veel volk mobiliseren) halen het bij de evaluatie op het al dan niet probleemgeoriënteerd zijn van de interventie.

Anderzijds bestaat de kans dat probleemanalyses worden gemaakt van samenlevingsproblemen en niet van concrete, beïnvloedbare plaatselijke risicosituaties.
De effectiviteitsverwachting en motivatie krijgen hierbij een enorme dreun.
"'t Is erg... Daaraan is/kunnen wij niks doen."

Het concreet benoemen van plaatselijke probleemversterkende tekorten, toestanden enz. maakt echter, zij het vanuit een realistischer doelstelling, vaak wel energie tot preventief handelen vrij.

■ ***Strategie : De gemeente als preventiekatalysator***

Geïntegreerd preventief werk, waarbij de complementariteit aan doelstellingen, doelgroepen (zelfs maatschappelijke sectoren) en dus ook middelen wordt gerespecteerd, vereist een nauwkeurige coördinatie.

Deze lijkt slechts haalbaar op het laagste beleidsniveau, met name de gemeente (of voor een grootstad het stadsdeel).

Deze coördinatie is daarbij multifunctioneel :

- □ de lokale analyse mogelijk maken
- □ de tekorten (sectoroverschrijdend) bepalen
- □ de zichtbaarheid van lokaal initiatief, vb. via logo, verhogen
- □ het samenwerken verhogen (motivatie/methodische haalbaarheid)
- □ complementariteit bewaken
- □ rendement verhogen (o.a. via doelgroepverbreding)
- □ betrokkenheid van de bevolking/doelgroep opdrijven

Dat beleidsinstanties hier coördinerend optreden kan ook sneller tot structuurgerichte preventieve initiatieven aanleiding geven.

Bovendien kan de gemeente ook beleid voeren naar zichzelf als organisatie, werkgever,... deel van de lokale gemeenschap.

Bovenstaande motieven gaven binnen het preventiewerk aanleiding tot het ontwikkelen van de DRINK WIJS-werking.

Ze vormt een vormende, materiële en methodische ondersteuning voor lokale besturen die beleidsmatig de genotmiddelenproblematiek preventief wensen te benaderen.

INTERMEZZO

Hilde De Man, VAD
Project "Drugbeleid op school"

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen
en vragen of u me kon vertellen

Heeft u soms iets over drugs
Het geeft niet wat, al is 't maar iets vlugs

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen
en vragen of u me kon vertellen

Ik maak een eindwerk, een opstel
Hou een spreekbeurt, u kent dat wel

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen
en vragen of u me kon vertellen

We hadden graag een spreker
Waarvoor precies, dat is nog onzeker

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen
en vragen of u me kon vertellen

Is Ilse daar of Marijs
Kan ik Mia spreken of Agnes

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen
en vragen of u me kon vertellen

Kan ik komen nog deze week
naar jullie bibliotheek

Goeiedag, meneer, ik wou u bellen en
vragen of u me kon vertellen
Wanneer kan ik naar jullie bellen ?

VISIE OP PREVENTIE : THEORIE EN PRAKTIJK

Marijs Geirnaert
Coördinator
Preventiewerk

De voorbeelden illustreren het : wij zijn niet eenzijdig bezig met primaire preventie en we beperken ons ook niet tot secundaire preventie. Eigenlijk houden we niet erg veel van die - toch wel vrij medische - indeling.
Veeleer wensen wij preventie op een continuüm voor te stellen, waarbij zich aan het ene eind het algemeen welbevinden situeert, met duidelijke banden met de gezondheidspromotie, het welzijnswerk, het onderwijs,... en aan het andere uiteinde de uitdrukkelijke probleemsituaties met de hulpverlening, justitie,... als partner. Tussen deze twee uitersten situeert zich preventie, tussen ziekte en gezondheid, tussen probleemgedrag en welbevinden. En hiertussen ligt eén zeer verscheiden veld, dat we niet willen noch kunnen opdelen, maar waarbinnen we verschillende domeinen aanpakken. Zoals in het onderwijs : je wordt gevraagd naar aanleiding van een probleemsituatie (meestal spreken we nog niet over echt probleemgedrag) en je werkt naar schoolbeleid toe waarin zowel gezondheidspromotie als gerichte opvang van de gebruikers een plaats krijgen.

Dit drugbeleid op school richt zich zowel naar personen als structuren, langs beide zijden van het continuüm : GVO voor de leerlingen, maar ook een schoolstructuur waarin jongeren kansen krijgen, waarin spijbelen wordt ontmoedigd, waarin gewerkt wordt aan een schoolcultuur. En ook aan de zijde van het probleemgebruik wordt zowel aandacht besteed aan de individuele problemen van de gebruikers als aan de structurele oorzaken die hieraan ten grondslag liggen.
Dit laatste betekent ook vaak buiten de grenzen van de school. Preventie dus op een breed spectrum, met weinig beperkingen.

Continuüm van preventie

persoonsgericht

welbevinden ________________________________ probleemsituatie

structureel

- **Werken met intermediaren**

Tien preventiewerkers voor zo'n 5.5 miljoen Vlamingen : het kan alleen maar via de intermediaren. Deze 5.5 miljoen Vlamingen zijn ons doelwitsysteem, ons cliëntsysteem zijn de sleutelfiguren of intermediairen die rechtstreeks contact hebben met groepen van het doelwitsysteem.
We werken dus niet met de werknemers in een bedrijf : geen informatievergaderingen, geen sensibiliseringscampagne. Maar we werken met de leidinggevenden, personeelsdienst, bedrijfskundige dienst, comité voor veiligheid, gezondheid en verfraaiing, vakbonden, directie,... Zij moeten een beleid uitwerken, een beleid dat past in de cultuur van het bedrijf (en niet eentje dat algemeen geldend zou zijn voor gans Vlaanderen), een beleid dat rekening houdt met de tradities van het bedrijf, met de eigenheid van het werk, met mogelijke probleemgebruikers,...
Wat wij doen is het begeleiden van het proces om tot een eigen beleid te komen, veel vergaderen en overleggen, wij proberen de bedrijven te ondersteunen, met vormingsprogramma's voor verschillende sleutelfiguren, zodat die deskundiger worden in het omgaan met alcoholgebruik/misbruik, zodat die preventief kunnen werken. We stellen ook materiaal ter beschikking van het bedrijf om de verschillende groepen te sensibiliseren, om groepen te informeren. Maar dit laatste is geen taak voor ons, maar wel voor de verschillende sleutelfiguren in het bedrijf.

En we wensen dit principe strikt toe te passen : niet alleen omdat wij maar met z'n tienen zijn, maar vooral omdat de sleutelfiguren het zoveel beter kunnen dan wij zelf : zij kennen de mensen waarmee ze leven en werken, zij kennen de taal, de gebruiken, de noden en behoeften. Zij kunnen dan ook op een veel efficiëntere manier, op het juiste moment en geïntegreerd in een gewone context, aan preventie doen.

- **Procesbegeleiding**

Wij leveren geen kant en klaar beleid af dat overal en altijd kan worden toegepast. Elk bedrijf, elke school, elke jeugdclub,...moet een eigen beleid gaan invullen en toepassen. Onze taak bestaat erin dit proces te begeleiden.

Als belangrijke doelstellingen binnen die procesbegeleiding staan 2 pijlers centraal: **participatie** en **emancipatie**.

□ Niet wij bepalen de doelstellingen en grenzen van een beleid in het jeugdwerk : de jeugdhuiswerkers, de permanent verantwoordelijke, de vrijwilligers zijn diegenen die dit moeten bepalen : hoever willen ze gaan in hun beleid, welke doelen willen ze realiseren. Dit betekent natuurlijk niet dat wij op dit vlak geen doelen vooropstellen. Laten we zeggen dat wij steeds een maximum doelstelling in het achterhoofd houden (en hierbij streven we doelen op lange termijn na). Er wordt dus op de eerste plaats onderhandeld en we proberen in samenspraak met ons cliëntsysteem de doelen vast te leggen.

□Deze participatie stopt niet op het niveau van onze onderhandelingen : wij proberen de sleutelfiguren ook duidelijk te maken dat zij - in hun relatie met hun doelgroep (bijvoorbeeld: jongerenwerk: in relatie met jongeren) hen moeten laten participeren aan de doelformulering en de uitwerking van een beleid : het is al te duidelijk dat een beleid meer aanvaardbaar is als men het zelf mee heeft mogen uittekenen; wat van bovenaan wordt opgelegd wordt gecontesteerd.

□Een tweede pijler is emancipatie : eigenlijk willen we onszelf op relatief korte termijn overbodig maken. Door met ons samen te werken willen we intermediairen deskundiger maken zodat ze zonder onze ondersteuning met deelgroepen van de bevolking kunnen werken. Dit gebeurt via training en ondersteuning.

□Daarnaast zit die emancipatie ook als onderliggende visie in wat we aanbrengen: de doelstelling van preventie is het voorkomen van problemen als gevolg van alcohol- en ander druggebruik. Onze doelstelling is niet : voorkomen van alle gebruik : dat is onrealistisch. Om deze problemen te voorkomen moeten de sleutelfiguren zich ook richten op de emancipatie van hun doelgroep : training en ondersteuning om zelfstandige en verantwoorde keuzes te maken, aanleren van sociale vaardigheden, werken aan structurele veranderingen in hun leefomgeving.

- **Intersectorieel**

Hoe we het bovenstaande realiseren werd in de verschillende bijdragen geïllustreerd : we werken in verschillende sectoren : onderwijs, vormingswerk, jeugdwerk, welzijnswerk, gezondheidssector, bedrijven, vrijetijdssector en bij voorkeur worden deze verschillende inbrengen met elkaar verbonden via lokaal overleg. Met de Drink-Wijs!-aanpak hebben we dit voor alcohol willen stimuleren, in heel wat gemeenten is er momenteel interesse voor drugoverleg. De vragen komen voornamelijk vanuit onderwijs. Niet verwonderlijk : dezelfde misvattingen zijn zowat overal aanwezig.
Maar wij proberen dit telkens te verruimen : andere partners bij het overleg betrekken, initiatieven stimuleren die andere groepen sensibiliseren om ook hun steentje bij te dragen. Want dan pas kunnen we effect bereiken met onze preventie : als alle groepen van de bevolking, via hun eigen kanalen, in hun eigen taal in hun dagdagelijkse omgang, worden aangesproken op hun alcohol en druggebruik.
Dus niet alleen de jongere, terwijl thuis de drankkast en de apotheekkast ongehinderd vol blijft zitten, niet alleen de illegale drugs. We spreken hier over een globale aanpak.

Uit dat lokaal overleg moet ook een systematische aanpak voortvloeien : een actiedag, een projectweek, zelfs een jaar, verandert het gedrag van mensen niet blijvend. Let wel, het is waardevol als sensibilisering, maar het is oh zo vlug vergeten. Pas wanneer regelmatig en voortdurend, geïntegreerd in je dagelijkse contacten op school, op het werk, thuis, in je vrijetijd, aandacht is voor alcohol- en druggebruik, kan je op middellange termijn effect verwachten.
Planning en volhouden (continuïteit) zijn hier essentieel.

Om af te sluiten wil ik nog kort enkele veel gehoorde vragen of kritieken aanbrengen:

□ Als we "participatie" dan toch zo hoog in ons vaandel dragen, waarom gaan we niet /nauwelijks in op vragen naar voordrachten ?
Participatie betekent voor ons inderdaad dat de doelstellingen van onze doelgroep centraal staan.
Anderzijds bepalen onze eigen doelstellingen ook gedeeltelijk de samenwerking : het is niet zo dat we ons in alle initiatieven engageren : er moet een minimum aan effect te verwachten zijn.

Eénmalige informatie-avonden zijn voor ons té vrijblijvend en de kostprijs (in werk-uren) is veel te groot tegenover het beperkte effect. Daarenboven kiezen wij ervoor om met de sleutelfiguren te werken en zijn we wel bereid om lesgevers/vormingswerkers te trainen om zelf informatie en bij voorkeur ook vorming (iets meer dan één avond) te geven. Dit vraagt van heel wat groepen een mentaliteitsverandering en dat is een zéér langzaam proces.

□ Ons wordt regelmatig gevraagd : wat is jullie visie op vb. legaliseren van soft-drugs, gebruik van methadon.
Iedere preventiewerker heeft hierover zijn persoonlijke mening, maar als preventiewerk wensen we hiermee niet naar buiten te komen : niet onze visie is van belang, maar wèl de visie die onze werkrelaties hierover hebben of niet hebben : deze helpen uitklaren, verschillende visies tegenover elkaar leren plaatsen, deze verschillende visies lokaal ook laten uitklaren en tot op zekere hoogte ook laten samenwerken, dat is onze doelstelling.

En tenslotte nog dit : in ons werkveld komen we jullie als hulpverleners alcohol/drugs regelmatig tegen : op informatie-avonden, in bedrijven, op overleg.
Welke is onze werkrelatie en hoe kunnen we deze optimaliseren ? We hebben hierrond een 3-tal stellingen geformuleerd waarrond we in een 2-tal groepen zullen discussiëren.

BIJLAGE : VISIETEKST

September 1990
Het team van preventiewerkers
voor alcohol- en andere drugproblemen.

▪ Het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen

In 1987 werd op initiatief van de toenmalige Gemeenschaps-minister van Volksgezondheid een Richtnota "Drugpreventie en Hulpverlening" opgesteld waarin een aantal inhoudelijke opties en het organisatorisch kader van het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen werden vastgelegd (Richtnota in bijlage).

In dit kader werden 10 F.T. preventiewerkers (2 per provincie) toegewezen aan Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg en 2 coördinatoren aan de Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen. Tussen de overheid en de C.G.G.Z. en de V.A.D. zijn overeenkomsten afgesloten die de afstemming tussen het lokale werkterrein en de coördinatie op het niveau van Vlaanderen moeten regelen. Een Stuurgroep begeleidt de uitvoering van deze opdrachten.

Onderstaande visietekst is gegroeid vanuit de ervaringen van het team van preventiewerkers. In dit preventiewerk is een duidelijke evolutie merkbaar.

In een eerste periode werd vooral aandacht besteed aan de verkenning van het terrein: dit bestond enerzijds uit een verkenning van de alcohol- en andere drugproblematiek en deskundigheidsbevordering inzake preventie, en anderzijds uit de verkenning van de regio's en de ervaringen en tradities die in elke regio met betrekking tot preventie aanwezig waren.

In deze fase werden tevens verspreid over Vlaanderen, diverse initiatieven opgezet en ervaringen opgedaan in de verschillende maatschappelijke sectoren die binnen een ruim preventiedenkkader een taak te vervullen hebben: het jeugdwerk, de gezondheidszorg, het onderwijs, politie en justitie, het werkmilieu, socio-culturele organisaties, enz.
Van bij het begin werd ernaar gestreefd enkele fundamentele opties te respecteren, met name: een procesmatige aanpak met de expliciete keuze voor de intermediair als werkrelatie.

Onderlinge uitwisseling van ervaringen in de verschillende sectoren en regio's en een meer permanente struktuur van het preventiewerk, hebben ertoe geleid dat vanaf 1990 een aantal gemeenschappelijke werkopties werden geformuleerd met het oog op een systematische en

herkenbare aanpak van preventie in gans Vlaanderen. Deze opties vervangen het regiospecifieke werk van de preventiewerkers in geen geval en ook de eigen deskundigheidsbevordering die in de eerste fase werd gestart, krijgt nog steeds de nodige aandacht.

De gemeenschappelijke werkopties beogen dat op lange termijn in alle betrokken sectoren over gans Vlaanderen, aandacht wordt besteed aan de preventie van alcohol- en andere drugproblemen.

▪ Algemene Situering

1. Een eerste afbakening

Binnen het Preventiewerk voor Alcohol- en andere Drugproblemen wordt vooral het gebruik van psychotrope stoffen (alcohol, medicatie, illegale drugs) die problemen en verslaving kunnen teweegbrengen, als uitgangspunt genomen.

Druggebruik en -misbruik kaderen steeds in een veel ruimere context: er kan immers geen eenduidige (reeks van) faktor(en) aangegeven worden die drugmisbruik in de hand werkt(en). Steeds gaat het om een samenspel van produktgebonden aspecten, persoonlijke kenmerken, een maatschappelijke kontekst, e.a. Binnen dergelijke complexe gegeven blijven druggebruik en mogelijke problemen evenwel de ingangspoort en het referentiepunt van het preventiewerk.

Dit druggebruik kan diverse problemen meebrengen (fysiek, psychisch, sociaal, juridisch,..) en dit op verschillende niveaus: voor de gebruiker, voor zijn omgeving en/of voor de samenleving. Wanneer we dus spreken over probleemgebruik, dan gaat het over veel meer dan over 'verslaving'. Deze problemen kunnen zich in principe bij iedereen en op de verschillende niveaus voordoen.
Wel wordt erkend dat de aanwezigheid van bepaalde variabelen de kans op risicogedrag in een populatie (statistisch) verhoogt. Een al te snelle aanduiding van zogenaamde risicogroepen dreigt eerder stigmatiserend te werken. Bovendien bestaat het gevaar dat men zo de rol en de impact van andere betrokkenen ten opzichte van de aangewezen risicogroep uit het oog verliest. Binnen de afgebakende prioriteiten zal daarom steeds moeten gezocht worden naar de specifieke factoren die het risikogedrag bepalen. Deze factoren zijn zowel structureel als persoonlijk van aard.

2. Preventie nader bekeken

Preventie, ook van alcohol- en andere drugproblemen, wordt traditioneel bekeken vanuit Caplan's driedeling. Primaire preventie betekent dan voorkomen dat zich onder de gezonde bevolking problemen gaan voordoen. Secundaire preventie houdt aandacht voor vroegdetectie en -signalering in waardoor vermeden wordt dat ernstige schade ontstaat. Tertiaire preventie tenslotte poogt de situatie te stabiliseren en probeert via mobilisatie van de nog aanwezige krachten herval te voorkomen.
Deze kijk op preventie is ontstaan vanuit een eenzijdig medische probleemdefiniëring.

Een bredere en vruchtbaarder werkpositie voor het preventiewerk vinden we o.a. bij Walgrave[1].

Preventie situeert zich dan op een continuüm met als ene pool het algemeen welbevinden van de betrokkene(n) en als andere pool de uitdrukkelijke probleemsituaties. Hetzelfde geldt voor het goed functioneren van groepen, systemen of organisaties, dan wel het disfunctioneren tengevolge van druggebruik. Dit disfunctioneren is het voorwerp van de hulpverlening.

Binnen zo'n denkkader kan preventie fundamenteel mee op het welbevinden van bevolkingsgroepen en systemen gericht worden. In de mate dat preventie daar uitdrukkelijk toe bijdraagt wordt zij meer dan het louter verhinderen van problemen. Op die manier ontstaan diverse raakvlakken met andere sectoren die tot dit algemeen welzijn bijdragen: onderwijs, welzijnswerk, jeugdwerk, justitie, tewerkstelling, vrije tijd, enz. Ongetwijfeld sluit deze verwevenheid aan bij de complexe gegevenheid van de drugproblematiek zoals die hiervoor werd aangegeven: preventie van alcohol- en andere drugproblemen profileert zich aldus op een veelsporige weg waarbij overleg en samenwerking met verschillende maatschappelijke sectoren en instanties centraal staat.
Ook de globale beleidsimplicaties op de verschillende niveaus (lokaal, regionaal,...) en in de verschillende sectoren mogen niet uit het oog worden verloren.

▪ Operationalisering

1. Globale strategie

Preventiestrategieën moeten worden uitgewerkt op basis van de analyse van factoren die een drugprobleem beïnvloeden. Deze analyse moet op een wetenschappelijke manier en vanuit verschillende wetenschapsdisciplines worden opgezet (o.a. door registratie, onderzoek naar ontstaansfactoren van gebruik en misbruik, onderzoek naar aard en spreiding van de problematiek, gedragswetenschappelijk onderzoek, enz.)

De ontstaansfaktoren van drugmisbruik (zowel individueel als structureel) zijn in realiteit heel complex met elkaar verweven. Dit maakt het noodzakelijk dat preventie op een gestructureerde en gecoördineerde manier verloopt. Eenmalige initiatieven kunnen immers deze complexe samenhang van factoren nauwelijks beïnvloeden.
Binnen deze visie is het overleg en de samenwerking op lokaal, regionaal en intersektorieel vlak zeer belangrijk. Het is enkel binnen een gezamenlijke en langetermijnsplanning dat een globale beïnvloeding mogelijk is.

Het preventiewerk heeft daarnaast ook een centrale taak in het signaleren naar en het stimuleren van de verschillende beleidsniveaus.

---

1 Prof. Dr. Walgrave L., De Cauter, F. (1985) in het kader van een onderzoek over algemene preventie in de jeugdbescherming

2. Doelgroep

Het preventiewerk maakt de keuze om te werken met intermediairen. Binnen deze werkoptie is de term doelgroep eerder verwarrend en verkiezen we een onderscheid te maken tussen het **doelwitsysteem** en het **cliëntsysteem.**

Het doelwitsysteem is in principe de gehele bevolking. Iedereen is een potentiële gebruiker enerzijds, iedereen kan schade/problemen ondervinden als gevolg van druggebruik in zijn onmiddellijke omgeving, in de maatschappij, anderzijds.

Het kliëntsysteem bestaat uit de intermediairen. Zij zijn de tussenpersonen die zich naar de diverse groepen van ons doelwitsysteem richten. Zij vormen de rechtstreekse werkrelatie van de preventiewerker.

Als preventiewerkers richten we ons dus in de eerste plaats niet rechtstreeks naar (groepen van) de bevolking, maar naar de sleutelfiguren die in de verschillende aanverwante sectoren actief zijn.

3. Voorwaarden

Bij het bepalen van doelstellingen staan twee belangrijke voorwaarden voorop:

□ participatie: de doelstellingen worden idealiter bepaald in samenspraak met het kliëntsysteem (dit geldt zowel op het niveau preventiewerker/intermediair als op het niveau intermediair/deelgroep van de bevolking).

□ emancipatie: De beoogde doelen moeten de cliënt in staat stellen om zelfstandig verder te werken (voor de intermediair; zelfstandig gaan werken met deelgroepen van de bevolking; voor het doelwitsysteem: zelfstandige en verantwoorde keuzes maken met betrekking tot het gebruik van drugs).

4. Werkwijze

De basis van het preventiewerk bevat een aantal belangrijke uitgangspunten uit het methodisch-agogisch handelen. Dit maakt het mogelijk preventiewerk te onderscheiden van dikwijls goed bedoelde aktiviteiten waarvan de preventieve kwaliteiten nauwelijks te merken zijn en soms contraproductief zijn.

De uitgangspunten kunnen omschreven worden als:

□ doelgericht handelen: De preventiewerker en het kliëntsysteem kiezen na een gezamenlijke analyse, in samenspraak (binnen de mogelijkheden van het kliëntsysteem) voor zo concreet mogelijke doelen en het werken gebeurt dan ook **in functie van dit gekozen doel.**
Een belangrijk procesdoel van de preventiewerker moet zijn dat het kliëntsysteem zelfstandiger kan gaan functioneren en onafhankelijker wordt van de preventiewerker.

□ procesmatig handelen: Het gaat om een serie onomkeerbare **veranderingen in de tijd** die met een continuïteit in een bepaalde richting verloopt. Ondertussen is er een dynamisch krachtenspel tussen de preventiewerker en het kliëntsysteem bezig. De preventiewerker moet daarin voortdurend alert zijn voor de veranderingen bij het kliëntsysteem, bij de preventiewerker zelf en in de wisselwerking tussen beiden. De preventiewerker houdt tevens rekening met **het effect van de ene stap in het proces op de volgende stap.**

□ systematisch handelen: Dit betekent **(samen)werken**, stap voor stap in de richting van het samen met het kliëntsysteem gekozen doel, **waarbij iedere stap aansluit bij de voorafgaande situatie.**

□ bewust handelen: De preventiewerker moet zich bewust zijn wat er allemaal speelt aan gevoelens, motieven en effecten die het resultaat mee kunnen beïnvloeden. Hij zal daarom zijn **handelen afstemmen op zijn cliëntsysteem met het oog op het einddoel. Een voortdurende reflectie en evaluatie van het proces** is daarbij nodig.

Het preventiewerk is gebaseerd op een **planmatige aanpak**. De verschillende fasen zijn in elke activiteit of preventieve handeling impliciet of expliciet terug te vinden.

□ de beginsituatie: Meermaals worden de preventiewerkers als deskundigen gevraagd. Soms bieden ze zelf hun deskundigheid aan; soms nemen ze vanuit hun deskundigheid zelf initiatieven wanneer in de toegewezen regio('s) bepaalde leemtes worden opgemerkt. Steeds blijft het belangrijk om te weten waar het initiatief vandaan komt, wat de voorgeschiedenis ervan is, wie er allemaal bij betrokken is, op welk tijdstip met wat begonnen wordt.

□ de analyse: Het is nodig precies te weten waar het om gaat. Meestal moet dit nader onderzocht worden, zeker door de preventiewerker, waar mogelijk door het kliëntsysteem en waar nodig door een wetenschappelijk onderzoeker. Het is eveneens nodig de mogelijkheden en onmogelijkheden van het kliëntsysteem te kennen, de bereidwilligheid, de beschikbare tijd, de menskracht, de middelen, enz.

□ de probleemstelling: De analyse moet uitmonden in het formuleren van een duidelijke, concrete probleemstelling (wat is het probleem, wie stelt het probleem en in welk kader?). Dit gebeurt samen met het kliëntsysteem en de preventiewerker.
Vanuit de probleemstelling wordt een concrete eindsituatie als doelstelling geformuleerd, samen met en goedgekeurd door het kliëntsysteem.

□ de programmering: Het gaat hier om een gezamenlijk bepalen van een strategie, de planning, het proces, de taakverdeling, samenwerkingsmogelijkheden, keuze van methodieken, enz.

□ de uitvoering: Belangrijk hierbij is een voortdurende reflektie, evaluatie en bijsturing in functie van de vooropgestelde concrete doelstellingen, van de afspraken, de taakverdeling, enz.
De uitgangspunten van preventie als methodisch-agogisch handelen (doelgericht, procesmatig, systematisch, bewust) blijven hierbij belangrijk.

□ <u>de evaluatie, perspectieven en afronding</u>: De evaluatie moet antwoord geven op volgende vragen: wat zijn de resultaten, wat vinden de betrokkenen ervan? in hoeverre zijn de concrete doelstellingen bereikt? welke zijn de gemaakte fouten en waarom?
Op basis van de evaluatie wordt duidelijk welke bijsturing moet gebeuren, welke follow up mogelijk en nodig is, enz.
Een activiteit moet eveneens worden afgesloten, het klinkt vanzelfsprekend, maar wordt wel eens vergeten. Wanneer zijn de werkzaamheden immers ten einde? Wanneer en hoe wordt alles afgesloten? Ook de werkrelaties zelf moeten worden afgerond.

De bovengenoemde fasen zijn niet altijd even expliciet en in de juiste volgorde te onderscheiden.

INTERMEZZO

Hilde De Man, VAD
Project "Drugbeleid op school"

Preventiewerk, één groot toneel
Dertien regisseurs, elk hun deel

Samen werken zij aan één groot doek
Bij de opvoering verborgen in een hoek

Het is als het ontsteken van een lont
en later verdwijnen op de achtergrond

Scholen, instellingen, bedrijven spelen mee
en werken aan eenzelfde stuk, een jaar of twee

De zaal die is goed opgevuld
vol publiek met geen geduld

Maar regisseurs kunnen ook naar buiten komen
en werkelijkheid geven aan stille dromen

Volle agenda's houden hen echter tegen
en voor overuren zijn ze niet verlegen

Positieve feedback komt vaak niet aan hun oren
Een duidelijk zicht op resultaat gaat verloren

Achter de schermen werd echter veel werk gedaan
zonder daarom mee op het podium te staan

Zelfbeoordeling staat dus centraal
boven het applaus van een volle zaal

Toch kwam het stuk ook door hen tot stand
Op lange termijn en hand per hand

DISCUSSIEGROEPEN

Men heeft een drietal stellingen op een rijtje gezet en men vraagt de meningen en/of ervaringen van de aanwezigen daarrond.
De drie stellingen zijn :

1. Wanneer je als hulpverlener/preventiewerker weigert in te gaan op een vraag om een voordracht te geven rond drugs, dan zoekt men toch verder tot men iemand heeft gevonden die dit wel wil doen.

2. Wanneer je als hulpverlener een vraag krijgt naar advies of hulp bij een alcoholprobleem in een bedrijf, kan je best **zelf** ook een alcoholbeleid uitwerken. Een kwestie van niet teveel verschillende externe deskundigen te moeten betrekken.

3. Lokale overlegplatforms zijn vaak enkel praatbarakken. Als hulpverlener is je inbreng zeer beperkt en heeft je instelling er weinig baat bij.

Reacties Groep 1

Gespreksleidster :
Roos De Venter
Verslag :
Veerle De Leener

■ Over stelling 1...

Het is noodzakelijk dat de preventiewerkers uitleggen waarom ze bij voorkeur geen voordrachten geven en welke strategie ze dan wél volgen. Nog al te vaak identificeren mensen preventiewerkers alcohol- en andere drugproblemen met voordrachtgevers. (cfr. andere GVO-domeinen).
Er werd gewaarschuwd voor een tempoverschil tussen de strategie van het preventiewerk en de verwachtingen en de visie van onze doelgroep. We moeten er over waken dat de discrepantie - en dus de frustratie - niet té groot worden. De bedenking werd gemaakt dat het preventiewerk door haar strategie te hoogdrempelig is en een aantal mensen in de kou laat staan.
Goede voordrachtgevers blijven inderdaad nodig. Je kan de vele vragen naar voordrachten vanuit de verschillende organisaties immers niet negeren of als zinloos afschuiven.
Mensen hebben recht op informatie.

Wanneer ze "neen" te horen hebben gekregen bij de preventiewerker, dan zoeken ze uiteraard verder naar een inleider op het thema. Maar niet iedereen is hiervoor geschikt. Blijft de vraag : wiens taak is het dan wel. Die van de preventiewerker, de hulpverlener of de vrijgestelde binnen de organisatie zelf ? Of moet er een andere instantie in het leven geroepen worden, die een kwaliteitsvol antwoord op deze vraag naar voordrachten biedt. We zijn het erover eens dat we alternatieven moeten kunnen bieden als we weigeren. Bijvoorbeeld een pakket uitwerken en deskundigen hierin vormen, eventueel personen binnen de organisatie zelf. Voorbeelden hiervan zijn het bestaande medicatiepakket, het "Ouders en drugspakket", "Omgaan met chronische pijn" - Ziekenzorg; een lessenpakket voor leerkrachten zou kunnen uitgewerkt worden. Het probleem hierbij is wel dat die gevormden uit de eigen groep moeilijk aanvaard worden als deskundigen. Bovendien voelt de gevormde zich - onterecht - vaak niet deskundig genoeg. Dit vraagt echter een mentaliteitsverandering. We stimuleren hen hiertoe.
De vraag werd ook gesteld of het niet mogelijk is aan een soort aanbodprofilering te werken, die gebaseerd is op de samenwerking tussen verschillende preventieve en hulpverlenende instanties. Elk zou zijn eigen onderdeel hebben. Een aantal vond dit echter erg arbeidsintensief.
Men vond het ook nuttig een netwerk van mensen te kennen die de vraag naar een voordracht kunnen oppakken.

Op dat ogenblik gaven alle deelnemers aan de discussie in meerdere of mindere mate voordrachten, vanuit verschillende motieven. Vaak gebruikt men de voordrachten als ingangspoort naar het verder werken aan een beleidsmatige aanpak. Men gaat er dus op in vanuit strategische overwegingen, na een kosten-batenanalyse gemaakt te hebben. Wat is de bedoeling van de organisatoren, is hierbij een cruciale vraag. Voor anderen is het een kwestie van Public Relations, een naar buiten komen met de visie. Soms gaat men in op vragen omwille van politieke druk, of omdat men zich moreel verplicht voelt binnen zijn eigen regio er op in te gaan (cfr. persoonlijke contacten, relaties). Er leeft ook een bezorgdheid naar het doorgeven van een multifacet-kijk op drugs en druggebruik.
Iedereen probeert grenzen te stellen aan het aantal voordrachten. Sommige waken er impliciet over zich niet als voordrachtgever te profileren en geen verwachtingen in die zin aan te zwengelen.
Gemeenschappelijk bij de groepsleden is het werken naar intermediairen toe, met uitzondering van een paar - voornamelijk hulpverlenende - instanties.
Naast het bepalen van de doelgroep, is echter ook de inhoud, de boodschap van de voordracht belangrijk. En die is niet altijd conform bij de verschillende sprekers uit de verschillende sectoren. Het pure informatieve werd door een aantal verworpen; een aantal vond dat erg zinvol, tenminste als het niet beperkt blijft tot produktinformatie. Hoe dan ook, men was het er over eens dat kwaliteitsbewaking belangrijk is.

Het is onmogelijk en niet wenselijk dat vanaf nu niemand nog ingaat op vragen naar voordrachten. De lokale situatie kan erg verschillend zijn en moet bekeken worden. Wel is het belangrijk de lokale hulpverleners en preventiewerkers op de hoogte te brengen van onze visie, waardoor preventie beter kan slagen.

Naar het einde van de discussie werd expliciet gesteld dat het niet gaat om het niet goed doen van zijn werk of het niet oppakken van verantwoordelijkheid, maar wel om een gebrek aan mankracht om processen op gang te zetten en verder te begeleiden.

- **Stelling 2 : niet behandeld.**

- **Over stelling 3...**

Voorbeelden van lokale overlegplatforms zijn onder andere SODA en wat de CM te St.-Niklaas doet.
Lokaal overleg is noodzakelijk omwille van de informatie-uitwisseling en de persoonlijke contacten. Er was enige discussie over de wenselijkheid van het al dan niet gekoppeld zijn van overleg aan de politiek/het lokale beleidsniveau.
Een nadeel van het politiek gebonden zijn is het gebrek aan continuïteit; om gebruikt te worden als PR voor de politici, wat uiteindelijk niets met het inhoudelijke van het overleg te maken heeft. Een voordeel is dan weer dat een overlegplatform één van zijn taken, nl. beleidssignalen kan waarmaken.
Er werd dan ook de idee naar voor geschoven dat er twee soorten overleg bestaan :
Eén tussen de verschillende maatschappelijke sectoren; dat is niet los te koppelen van het lokale beleidsniveau.
En een overleg tussen hulpverleners en preventiewerkers onderling: dat kan losgekoppeld worden van de politiek.
Er werd gewaarschuwd voor té grote verwachtingen naar het beleid toe (bv. middelen ter beschikking stellen als stimulans). Vaak wordt men hierin gefrustreerd, waardoor verder overleg wordt bemoeilijkt. Andere knelpunten zijn het in concurrentie staan met elkaar vanuit zelfbehoud , het zich bedreigd voelen. Er is weerstand om het overleg invloed te laten hebben op zijn eigen werking en beleid. Men engageert zich hiertoe moeizaam. Ook dit maakt overleg moeilijk. Daarnaast is het gebrek aan een duidelijk doel nefast. Daardoor valt een overleg makkelijker uit mekaar.
Hierbij aansluitend is een ander frequent voorkomend knelpunt het overdreven gericht zijn op actie, "samen iets doen", in plaats van puur overleg, uitwisselen van informatie. Op basis van deze "actie" wordt men dan ook nog te vaak door het beleid geëvalueerd.

In overleg zitten de participanten dikwijls met verschillende doelstellingen op éénzelfde niveau. Hieruit vloeien vaak discussies en verwijten voort, en men begint elkaars doelstellingen te bepalen. In plaats van te kijken naar wat er fout gedaan wordt, zouden we beter kijken naar wat er nog niet gebeurt in onze regio op dat vlak, en hoe we hieraan tegemoet kunnen komen.

Een mandaat om namens het overleg te mogen spreken, werd als noodzaak ervaren.

De verschillende, telkens nieuwe preventiewerkers moeten samen zitten, zodat onze doelgroep één duidelijke partner kiest in plaats van de huidige onduidelijkheid van tientallen mensen.

Ook de hulpverleners moeten met elkaar overleggen zodat er duidelijke informatie is over wat je van hen kan verwachten (cfr. ook huidige hiaten : doorverwijzingsmogelijkheden, crisisopvang).
Preventiewerkers en hulpverleners kunnen mekaar ook heel wat leren. Overleg kan een kanaal zijn.

Besluit van de namiddag :

- **Er was een bereidheid vanuit het preventiewerk en de hulpverlening om samen te werken aan bepaalde opties.**
- **Men vond dat het preventiewerk meer naar buiten mag komen met haar visie.**
- **Het samenzitten en -spreken van hulpverlening en preventiewerk is voor herhaling vatbaar.**

Reacties Groep 2

Gespreksleider:
Peter Aertssen
Verslag :
Selm Nelissen

■ **Over stelling 1...**

Sommigen zeggen resoluut "nee" tegen éénmalige informatiesessies en/of voorlichting , omdat het resultaat meestal "nul" is.
De Volksbond (NL) heeft ooit onderzoek laten doen, 3 maanden na éénmalige activiteiten en er bleef vrijwel niets meer over van de geleverde inspanningen.
Andere stemmen in de groep nuanceren het antwoord behoorlijk :

- Het weigeren van een vraag moet je wel verantwoorden en er moeten alternatieven geboden worden.
- Of je kàn wel ingaan op de vraag, maar dan moet je proberen de vraag als middel te hanteren als uitgangspunt naar verdere initiatieven; als P.R.-functie van het centrum, als drempelverlaging voor ingang naar hulpverlening...

- Het hangt er maar vanaf welke **doelstelling** je hebt met je interventie, infosessie,...

■ **Over stelling 2...**

Vanuit de hulpverlening worden hulpvragen, adviesvragen soms verder opengetrokken met een aanzet om structureel, preventief stappen te zetten.
Anderzijds worden preventiewerkers ook soms gevraagd om op "individuele probleemvragen" te antwoorden.
De vraag is niet zozeer :
"Waar begint hulpverleningswerk" en "Waar begint preventiewerk ?", maar veeleer "Waar beginnen de overlappingen?" en "Hoe kunnen we in het veldwerk **met respect voor elkaars eigenheid** WERKAFSPRAKEN maken ?"

Juist omdat de grens tussen hulpverlening en preventiewerk soms moeilijk **strikt** te maken is. Het is vooral belangrijk om er voor te zorgen dat vragen en vragende partijen er niet tussenuit vallen omdat beide partijen (hulpverlening en preventie) vinden dat iets hun job niet is.

■ **Over stelling 3...**

Het gevaar bestaat dat overlegplatforms herleid worden tot praatbarakken !
MAAR... Overleg **werkt** als er een **gemeenschappelijke doelstelling** is waarin er plaats is voor de verborgen doelstellingen van de betrokkenen (die soms moeilijk te achterhalen zijn). Voorbeelden van overleg op provinciaal niveau bv. Limburgs Platform Verslaving, werkt wel stimulerend naar de regio's toe.

VERENIGING VOOR ALCOHOL- EN ANDERE DRUGPROBLEMEN

GUSTAVE SCHILDKNECHTSTRAAT 9
1020 BRUSSEL (LAKEN)
TEL. 02/ 422 49 69
FAX 02/ 422 49 79